

NEOELDENT  
ul. Graniczna 59  
42-300 Myzków

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA PANORAMICZNEGO MĘŻCZNY

Ja.....

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zdjęcia panoramicznego uzębienia.  
Zostałem poinformowany szczegółowo o badaniu.

.....

data i czytelny podpis Pacjenta